

## ● 医案医话 ●

引用:周祖炎,彭文. 彭文治疗慢性咽炎验案3则[J]. 湖南中医杂志,2026,42(4):163-165.

## 彭文治疗慢性咽炎验案3则

周祖炎,彭文

(湘潭雨湖仁济门诊部,湖南湘潭,411000)

[关键词] 慢性咽炎;苍耳子散;平胃散;黄芪桂枝五物汤;验案;彭文

[中图分类号] R276.161.4 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.04.026

慢性咽炎是基层医疗机构常见的咽喉部慢性炎症性疾病,主要累及咽部黏膜、黏膜下及淋巴组织,该病病因复杂,既含细菌、病毒等感染性因素,亦涉及咽喉反流、鼻后滴漏、颈部气血不畅、经络阻滞致咽部失养等非感染性因素,后者常致病情迁延反复,单纯对症治疗难获良效<sup>[1]</sup>。慢性咽炎属于中医学“喉痹”(慢性)范畴,其治疗难点在于病程较长,病机复杂多端,且多兼夹互见。因外邪犯肺,邪留鼻咽迁延不愈而致痰热壅肺,上壅咽窍;或因饮食失节、情志失调,加之脾虚生痰、湿阻中焦,以致痰气互结上阻于咽喉;或因气血亏虚,咽窍失于濡养,兼颈项络脉痹阻,致咽部不适迁延。临床治疗需跳出对症治咽的局限,重视整体辨证与兼夹病症的干预。湖南省基层名中医彭文治疗慢性咽炎擅长从整体辨证出发,结合兼夹病症如鼻渊、胃食管反流、颈痹等,紧扣病机,选方遣药,疗效显著。本文选取其运用苍耳子散、平胃散、黄芪桂枝五物汤加减治疗慢性咽炎的验案3则,并详述其诊疗思路,以供参考。

**案1:**曾某,女,6岁,2024年5月6日初诊。主诉:咽部异物感伴鼻塞流黄涕5个月。现病史:5个月前因食辛辣食物后诱发咽痛、鼻塞、流黄涕,经治后咽痛缓解,但咽部异物感及鼻塞流黄涕反复不愈,于当地医院确诊为“慢性咽炎、慢性鼻窦炎”。刻诊:患儿有咽部异物感,咽干咽痒,咳嗽伴

喉间痰鸣;鼻塞流黄涕,频繁吸鼻、清嗓;食纳一般,二便调,夜寐欠安;舌质尖红、苔黄腻,脉滑数。查体:咽后壁散在淋巴滤泡增生,扁桃体无肿大;双侧下鼻甲肥大,黏膜偏红,鼻腔内见大量黄色黏稠脓性分泌物。辅助检查:电子鼻咽镜示咽后壁黏膜充血,淋巴滤泡增生,舌根部淋巴组织增生;双侧下鼻甲肥厚,鼻咽部黏膜充血,中鼻道可见黄色脓性分泌物。西医诊断:慢性咽炎,慢性鼻窦炎;中医诊断:喉痹·痰热壅肺证;鼻渊·痰热壅肺证。治法:清肺化痰,利咽通窍。予苍耳子散加减,处方:桔梗5g,苍耳子5g,辛夷(包煎)5g,白芷5g,桑白皮5g,黄芩5g,法半夏5g,茯苓5g,陈皮5g,浙贝母5g,僵蚕5g,蝉蜕5g,炒鸡内金5g,甘草3g。5剂,水煎,每天1剂,分3次温服。5月11日二诊:鼻塞流黄涕缓解,仍有咽干咽痒,偶咳,舌质淡红、苔薄黄,脉滑。于一诊方去桑白皮、黄芩,加麦冬5g,南沙参5g。7剂,煎服法同前。6月18日随访:咽喉不利、吸鼻、清嗓子等症消失,饮食、睡眠如常。

**按语:**本案患儿因鼻咽部炎症,分泌物反复刺激咽后壁而致病。中医病机为饮食不节加之外邪犯肺,致肺卫失宣,郁而化热,使热炼津液成痰,痰热壅肺,上循犯窍,乃见咽部异物感,鼻塞流黄涕,咳嗽伴喉间痰鸣等症。同时鼻渊之浊涕反流,刺激咽部,故咽部异物感、吸鼻及清嗓等症反复难愈。治当清肺化痰、利咽通窍。《伤寒论》第311条载

第一作者:周祖炎,男,主治医师,研究方向:中医内科学(呼吸系统疾病方向)

通信作者:彭文,男,副主任中医师,研究方向:中医内科学(呼吸系统疾病方向),E-mail:renjimenzhenXT@163.com

“少阴病，二三日，咽痛者，可与甘草汤；不差，与桔梗汤”，《严氏济生方·鼻门》载苍耳散“治鼻流浊涕不止”，《丹溪心法·卷二·痰十三》云“喉中有物，咯不出，咽不下，此是老痰”“二陈汤一身之痰都治管”<sup>[2]</sup>，故选用苍耳子散加减。此案中方药配伍匠心独运、颇具特色，具体体现在：一是清肺与通窍并举。取桔梗、甘草清喉利咽，桑白皮、黄芩清泻肺热；苍耳子、辛夷、白芷宣通鼻窍。二是善用风药。僵蚕、蝉蜕等祛风利咽，此与柏正平教授认为风为慢性咽炎的重要病理因素观点一致<sup>[3]</sup>。三是兼顾小儿体质。该方遵循“药少而精”原则，用药忌重峻，其剂量多为5g，符合“小儿脏腑娇嫩，不耐峻猛”之体质特性，加炒鸡内金健脾助运、消食化积，固护后天之本。四是兼顾兼证。取法半夏、茯苓、陈皮燥湿化痰，合二陈汤之意；浙贝母清热散结，且与桔梗、白芷合用取其排脓之功，助鼻窦内浊涕排出。二诊时肺热渐退，故去桑白皮、黄芩等苦寒之品，加麦冬、南沙参养阴益肺，体现其“中病即止，驱邪不伤正”的治疗理念。此患儿经循序治疗，终获良效。本案体现了彭教授“治咽兼治鼻、清肺兼通窍”的辨证思路，与张涤教授分期辨证论治小儿鼻后滴漏综合征时，以苍耳子散通窍泄浊，合清肺化痰药改善咽部刺激的经验颇为相合<sup>[4]</sup>。

**案2：**朱某，女，35岁，2023年8月8日初诊。主诉：咽部异物感1年，加重1周，伴胃胀、反酸。现病史：患者1年来咽部异物感反复，时轻时重，餐后明显，伴胃胀、嗝气、反酸，于当地医院确诊为“慢性咽炎、反流性食管炎、慢性浅表性胃炎伴胆汁反流”，经治疗后缓解。近1周因情绪不佳、饮食不规律出现咽部异物感症状加重。刻诊：患者咽部有异物感、咽痒、咽部痰黏难咳；伴胃胀痛、嗝气、反酸、胸部烧灼感；食纳一般，大便溏，2次/d，小便调，夜寐安；舌质淡红、苔白厚，脉沉弦。查体：咽后壁淋巴滤泡增生，扁桃体无肿大。辅助检查：电子胃镜示：胃底、胃体、胃窦黏膜有点状红斑，食管下段见2处条状糜烂，最长约1cm。西医诊断：慢性咽炎，慢性浅表性胃炎，反流性食管炎。中医诊断：喉痹·痰气互结证；胃痞·脾胃虚弱、痰湿中阻证。治法：燥湿化痰，和胃降逆，利咽散结。予以平胃散加减，

处方：苍术10g，厚朴10g，陈皮10g，茯苓10g，法半夏10g，砂仁(后下)6g，广木香10g，黄连6g，浙贝母10g，煅瓦楞子(先煎)20g，桔梗9g，甘草6g。7剂，水煎，每天1剂，分2次温服。8月15日二诊：反酸、胸部烧灼感消失，胃胀痛、嗝气减轻，仍时有咽喉梗阻感，食纳可，二便调，夜寐安，舌质淡红、苔白，脉沉弦。于二诊方加紫苏子(包煎)10g。7剂，煎服法同前。8月22日随访：诸症消失，饮食、二便如常。

**按语：**本案属“喉痹”范畴，其病机为脾胃虚弱、痰湿内生、胃气上逆。脾胃虚弱则运化失司，痰浊内生，而致痰湿中阻；脾胃气机失常则中焦壅滞，故见胃胀痛、大便溏、苔白厚；胃气失和则胃气上逆，携痰湿、胃酸上犯咽窍，以致咽部异物感、痰黏难咳，同时伴反酸、胸骨后烧灼感等临床表现。《仁斋直指方论·胀满》载“虚者，时胀时减，虚气留滞”，李廷荃教授认为“虚气”即脾虚、气机斡旋失司，“留滞”即痰浊滞留，故“虚气留滞”为咽喉反流性疾病重要病机，其观点与本案病机颇为相符<sup>[5]</sup>；彭佳欣等<sup>[6]</sup>基于“六郁”理论分析咽部不适，其病机初、中期多与情志、饮食所致气机运行失常及脏腑功能损失密切相关，后期多郁久化火。彭教授根据上述病机遣方用药，治以“治胃为本、利咽为标”，“脾为生痰之源”，故选用平胃散加减。平胃散首载于宋代《简要济众方》，后收录于《太平惠民和剂局方》，由苍术、厚朴、陈皮、甘草组成，燥湿健脾、行气和胃，为治痰湿中阻之常用方。现代药理研究证实平胃散可兴奋胆碱能系统、调节胃肠运动、减少胃酸反流，对胃食管反流病有显著远期疗效<sup>[7]</sup>；法半夏、茯苓配陈皮，合“二陈汤”燥湿化痰之意，助平胃散增强化痰之力；加黄连苦寒沉降，清泻胃热，煅瓦楞子咸平敛涩，制酸止痛，二者一清一敛，互为药对，以制衡胃内郁热、酸水上泛，砂仁芳香醒脾，广木香行气降逆，四药合用，针对胃内郁热、胃气上逆之反酸、胸部烧灼感、嗝气等症，使胃气调畅，脾胃得复；浙贝母清热散结、桔梗化痰利咽、甘草解毒利咽，三药合用以化痰利咽，兼顾咽部局部症状。二诊时，加紫苏子增强化痰理气之功。彭教授认为紫苏子既能助胃气下行以杜痰湿上犯之源，又能化痰利咽以增局部疗效，常于此类“胃咽同病”恢复期用

之,取“治痰先调气,气顺痰自消”之意,收效颇佳。

**案3:**叶某,女,59岁,2024年5月17日初诊。主诉:咽部异物感反复半年,伴颈项强痛、双上肢麻木。现病史:患者半年来咽部异物感、颈项强痛及双上肢麻木等症反复发作,于当地医院确诊为“慢性咽炎,颈椎病”,经服药后无明显改善。刻诊:咽部有异物感,咽干咽痒;伴双侧上肢麻木、颈项强痛、汗出、恶风、心悸;食纳可,二便调,寐浅多梦,且夜间定时醒来;舌质淡暗、苔薄白,脉弦细。查体:咽后壁淋巴滤泡增生,扁桃体无肿大;颈项部压痛(+)。西医诊断:慢性咽炎,颈椎病;中医诊断:喉痹·气血亏虚、咽窍失濡证;痹证·血虚痹阻证。治法:益气温经,和血通痹,濡咽安神。予以黄芪桂枝五物汤加减,处方:黄芪30g,桂枝12g,桃仁9g,红花6g,生地黄10g,当归10g,川芎10g,白芍10g,地龙6g,龙骨(先煎)20g,牡蛎(先煎)20g,合欢皮10g,桔梗10g,生姜10g,大枣3枚。7剂,水煎,每天1剂,分2次温服。5月24日二诊:咽部有异物感,上肢麻木等症均有改善,舌质淡暗、苔薄白,脉弦细。于一诊方基础上加鸡血藤30g。7剂,煎服法同前。6月1日三诊:咽部异物感已消失,双侧上肢已无麻木,偶有颈肩部不适,舌质淡红、苔薄白,脉细。于二诊方去桃仁、红花、地龙,加葛根10g。7剂善后,煎服法同前。9月8日随访:诸症消失,疾患得愈。

**按语:**本案患者慢性咽炎以咽部局部炎症为表现,兼见颈项强痛、上肢麻木等症,辨为“喉痹”与“痹证”并见。其病机为气血亏虚为本,络脉痹阻、咽窍失濡为标。气虚则推动无力致颈项部络脉痹阻,血虚则濡养无源,致筋脉失养、咽窍干涩。故见颈项强痛、上肢麻木,咽部异物感,咽干等症。气血不足、心神失养,故心悸、寐浅多梦。若单纯治咽,必无显效,需全面辨证。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》载:“血痹,阴阳俱微,寸口、关上微,尺中小、紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之。”该案以黄芪桂枝五物汤加减治疗,方中重用黄芪30g,甘温益气;桂枝温经通脉;当归、川芎、生地黄、白芍养血和血,共奏益气养血、温经通痹之功;加桃仁、红花活血化痰;地龙通络行滞;生姜、大枣健脾和胃,助桂枝、白芍调和营卫;龙骨、牡蛎重镇安神,合欢皮养心安

神,三药合用,兼顾气血不足、心神失养所致心悸、寐浅多梦;桔梗化痰利咽,且能载药上行,使全方药力直达咽窍与颈项。二诊加鸡血藤30g增强养血通络之力;三诊瘀滞已去,故去桃仁、红花、地龙等活血通络药,加葛根升阳解肌、濡养筋脉,改善颈肩部残留不适,以收全功,充分体现其“辨证施治、随证加减”的临床用药智慧。本案通过改善患者气血亏虚、筋脉痹阻的根本病机,既缓颈部强痛,又愈咽部不适,充分体现了中医整体辨证的优势。

上述3则验案均为慢性喉痹兼类其他病症,案1兼患鼻渊,从肺论治,以苍耳子散加减清肺通窍、化痰利咽;案2兼患胃痛,从脾胃论治,用平胃散加减燥湿和胃、降逆利咽;案3兼患颈痹,从气血论治,取黄芪桂枝五物汤加减益气养血、通络濡咽;体现了“同病异治”的中医特色。“同病异治”的核心在于辨证论治,虽病名同为喉痹,但因患者兼夹病症不同,病机亦存在本质差异,故需据证立法、随证化裁。彭教授“辨证求本、整体调治”的治疗思路,对基层临床尤具借鉴意义,为基层医师提供了可落地的辨证路径,助力解决慢性咽炎迁延难愈的问题,彰显了中医辨证论治在常见病诊疗中的实用价值,值得在基层中医临床中推广。

## 参考文献

- [1] 陈其冰,王燕,李芬,等.慢性咽炎病因和发病机制研究进展[J].听力学及言语疾病杂志,2019,27(2):224-228.
- [2] 朱震亨.丹溪心法[M].王英,竹剑平,江凌圳,整理.北京:人民卫生出版社,2005:71-72.
- [3] 廖雨萍,柏正平.论治慢性咽炎经验[J].湖南中医杂志,2022,38(10):66-67,74.
- [4] 陈子灵,朱沁泉,张涤.张涤教授分期辨证论治小儿鼻后滴漏综合征临床经验[J].湖南中医药大学学报,2020,40(12):1479-1482.
- [5] 张天麒,侯亚男,王瑞昕,等.从“虚气留滞”论治咽喉反流性疾病[J].国际中医中药杂志,2023,45(3):411-413.
- [6] 彭佳欣,蔺婷,何兰,等.基于“六郁”理论探析辛味药在咽神经官能症中的运用[J].湖南中医杂志,2025,41(7):95-98.
- [7] 李志豪,王小嘉,赵寒,等.平胃散药理及临床应用研究进展[J].中医学报,2023,40(2):366-376.

(收稿日期:2025-11-27)

[编辑:韩晗]